**CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCESO DE REHABILITACION INTEGRAL ARL .**

**CIUDAD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA\_\_\_\_\_\_\_\_**

Yo, ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con C.C\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifico que he recibido la información necesaria con respecto al proceso de Rehabilitación Integral al cual ingresaré por motivo de mi contingencia, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar las dudas o inquietudes con respecto al proceso en mención y estoy completamente consciente sobre los riesgos, los cuidados y las precauciones que debo tener durante la ejecución y el desarrollo de mi tratamiento, y que éste puede generar efectos colaterales y riesgos previstos como fatiga muscular, caídas por entrenamiento en transiciones, lesiones en piel: equimosis o inflamación (“morados”), como consecuencia del plan terapéutico. El plan esta direccionado por profesionales competentes, incluye manejo de la condición muscular a través del ejercicio terapéutico, entrenamiento de cadenas musculares, movilización de tejidos blandos, aplicación de modalidades físicas (calor húmedo, crioterapia, electro estimulación) puesto en patrones funcionales y del gesto laboral, y la ejecución modificada de las actividades en los casos pertinentes, educación sobre la patología de consulta y énfasis en el esclarecimiento del alcance terapéutico e identificación de situaciones riesgosas que de manera recurrente aumentan la sintomatología del usuario y que una vez identificadas deben ser controladas por el usuario durante su cotidianidad.

Estoy de acuerdo con la solicitud y el respectivo estudio de mi Historia Clínica por parte de los profesionales que integran el Equipo de Rehabilitación tratante o de los funcionarios de la ARL que así lo requieran.

En constancia firman,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: Nombre Acudiente:

C.C. C.C.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Profesional de Rehabilitación

Registro Profesional:

**CARTA DE COMPROMISO PROCESO DE REHABILITACION INTEGRAL**

**CIUDAD­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Yo­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con C.C\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, me comprometo de manera consiente, libre, activa y participativa con el Programa de Rehabilitación Integral del cual hago parte por causa de mi contingencia. Soy completamente consciente de las consecuencias que acarrearía a mi programa de Rehabilitación el hecho de no asistir cumplidamente a mis citas médicas o sesiones terapéuticas programadas sin justa causa, así como el hecho de desertar por completo del programa de Rehabilitación Integral, de acuerdo con el artículo 17 de la Ley 776 de 2002

El paciente de seguir las recomendaciones dadas por el terapeuta y el medico especialista ser adherente al tratamiento farmacológico y terapéutico para el desarrollo dentro de la IPS, así como en sus actividades de la vida diaria.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del usuario Firma del Profesional de Rehabilitación

Nombre: Nombre:

Documento: Documento:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCESO DE REHABILTACION INTEGRAL EPS .**

**CIUDAD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA\_\_\_\_\_\_\_\_**

Yo, ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con C.C\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifico que he recibido la información necesaria con respecto al proceso de Rehabilitación Integral al cual ingresaré por motivo de mi contingencia, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar las dudas o inquietudes con respecto al proceso en mención y estoy completamente consciente sobre los riesgos, los cuidados y las precauciones que debo tener durante la ejecución y el desarrollo de mi tratamiento, y que éste puede generar efectos colaterales y riesgos previstos como fatiga muscular, caídas por entrenamiento en transiciones, lesiones en piel: equimosis o inflamación (“morados”), como consecuencia del plan terapéutico. El plan esta direccionado por profesionales competentes, incluye manejo de la condición muscular a través del ejercicio terapéutico, entrenamiento de cadenas musculares, movilización de tejidos blandos, aplicación de modalidades físicas (calor húmedo, crioterapia, electro estimulación), respuesta tusígena y ahogo frente el entrenamiento en deglución, puesto todo en términos de funcionalidad, y de la ejecución modificada de las actividades en los casos pertinentes, además, educación sobre la patología de consulta y énfasis en el esclarecimiento del rol y alcance terapéutico e identificación de situaciones riesgosas que de manera recurrente aumentan la sintomatología del usuario y que una vez identificadas deben ser controladas por el usuario durante su cotidianidad.

Estoy de acuerdo con la solicitud y el respectivo estudio de mi Historia Clínica por parte de los profesionales que integran el Equipo de Rehabilitación tratante o de los funcionarios de la IPS que por fines médicos que así lo requieran.

En constancia firman,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: Nombre Acudiente:

C.C. C.C.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Profesional de Rehabilitación

Registro Profesional:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO: ELECTRODIAGNOSTICO (ELECTROMIOGRAFIA+VELOCIDAD DE NEUROCONDUCCION**

**CIUDAD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Generalidades:**

El examen de electrodiagnóstico: electromiografía y velocidad de conducción nerviosa, es un procedimiento que entrega información respecto de la actividad de los nervios periféricos y de los músculos correspondientes. El estudio de velocidad de conducción nerviosa corresponde a la estimulación de un nervio periférico con un impulso eléctrico obteniéndose la información necesaria sobre el funcionamiento de éste, y que el estudio de electromiografía es un examen invasivo donde se evalúa, puncionando con un electrodo de registro (tipo aguja), la actividad del músculo en reposo y durante un esfuerzo. Esta información permite estudiar un posible compromiso del músculo, secundario a un daño neurológico periférico o un daño primario de éste. Las únicas contraindicaciones relativas para la realización del examen son el uso de marcapasos cardiaco y/o el tratamiento con anticoagulantes. El examen puede ser algo molesto y en cierta forma dolorosa según la zona donde se realice el estudio; dentro de las complicaciones que pueden presentarse para velocidad de conducción se ha descrito del aumento de la sensibilidad de la piel causada por los electrodos y para el caso de la electromiografía se han descrito algunas complicaciones tales como dolor, infección cutánea, equimosis y sangrado leve. Todas estas complicaciones ocurren en una baja frecuencia y esta IPS dispone de los planes de acción necesarios para intentar solucionarlas.

Considerando lo anterior, yo, ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con C.C\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, así como de los riesgos este procedimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

A tener en cuenta que según mi condición de salud actual

1. Uso de marcapaso cardíaco. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_

2. Estoy en tratamiento con anticoagulante. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **ELECTROMIOGRAFÍA Y VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN NERVIOSA.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del usuario Firma del Profesional de Rehabilitación

Nombre: Nombre:

Documento: Documento: